Herzfehler und Schwangerschaft

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.

Von

Karl Reck
aus Bevensen
Stabsarzt, Standortarzt in Güstrow

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 28. Januar 1921.

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

05

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. **Killian**
Referent: Prof. Dr. **Franz**

Um 1850 stellten französische Autoren die Lehre von der normalen Herzhypertrophie während der Schwangerschaft auf, die in Deutschland zuerst Gerhardt entschieden bestritt später auch Schröder, Löhlein, Fritsch, doch war die Frage in den siebziger Jahren noch ungeklärt, bis Weßner (1884) und Dreysel feststellen konnten, daß die Masse der Herzmuskulatur nur proportional der Körpermasse zunimmt, was v. Rosthorn, Müller und Jaschke später durch Röntgenaufnahmen bestätigten.

Eine gesteigerte Arbeit des Herzens, die die Franzosen als Ursache der Hypertrophie ansahen, nahmen auch alle übrigen Autoren an, doch ist das gesunde Herz diesen Anforderungen infolge einer gewissen Reservekraft durchaus gewachsen, ohne darauf durch Dehnung oder Verdickung zu reagieren.

Nach Fellner leiden etwa 2,4 % aller Schwangeren an nachweisbarem Herzfehler, doch kommt es nur bei etwa $^1/_7$ dieser zu Kompensationsstörungen. Ich konnte bei 8000 Entbundenen 11 Fälle mit schweren Herzstörungen feststellen. Geräusche können nicht immer zur Diagnose eines Herzfehlers verwertet werden, da sie bei Schwangeren auch normaler Weise vorkommen und nach Linke u. a. auf eine Abknickung der Aorta infolge Verlagerung des Herzens zurückgeführt werden müssen.

Nachstehend 11 Fälle:

1. N. 23 J. I.-para. Mitralinsuffizienz; hohe Zange. Kind tot.
2. W. 34 J. I.-para. Fettherz. Vaginaler Kaiserschnitt, Perforation. Mutter und Kind tot.
3. T. 32 J. I.-para. Mitralstenose. Endokarditis; Scheidenstriktur. Kaiserschnitt an der Toten. Kind tot.
4. H. 25 J. I.-para. Mitralstenose, Endokarditis. Wendung. Mutter und Kind tot.
5. G. 39 J. II.-para. Mitralinsuffizienz. Zange.
6. K. 25 J. I.-para. Mitralinsuffizienz, plattes Becken. Zange.
7. T. 35 J. V.-para. Endokarditis, Herzverfettung; Endometritis septika. Vaginaler Kaiserschnitt, Wendung. Mutter tot.
8. F. 42 J. I.-para. Herzklappenfehler; Nephritis. Abdominaler Kaiserschnitt. Kind tot.
9. W. 36 J. Herzmuskelentartung. Mutter vor der Geburt gestorben.
10. Sch. 31 J. I.-para. Herzklappenfehler; Nephritis. Abdominaler Kaiserschnitt.

11. S. 33 J. VI.-para. Endokarditis; Lungenembolie. Wendung. Mutter und Zwillinge tot.

Als Ursache für das Herzleiden wird 6 mal Gelenkrheumatismus angegeben; die Schwangerschaft als solche kann eine Endokarditis nicht hervorrufen, doch neigen einmal erkrankt gewesene Herzklappen bei Schwangerschaft sehr zu rekurrierenden Erkrankungen.

Bei herzkranken Schwangeren treten ernstere Erscheinungen sehr oft erst gegen Ende der Schwangerschaft auf und erreichen während oder nach der Geburt ihren Höhepunkt; der Tod tritt selten vor oder während der Geburt, meist erst nach derselben oder im Verlauf des Wochenbetts ein. Vor und während der Geburt sind es vor allem Erscheinungen von seiten der Lungen, Lungenödem, bedingt durch den beengten Thoraxraum und die vergrößerte Blutmenge, auch die Gefahr der Embolie, die zu befürchten sind. Die häufig auch nach der Geburt ungünstigen Ausgänge sollen jedoch vor allem durch die plötzlich veränderten Blutdruckverhältnisse bedingt sein, und zwar strömt nach Spiegelberg nach Ausschaltung des Placentarkreislaufes und infolge der Saugewirkung des Zwerchfells zuviel Blut zum Herzen, dieses ist der Arbeitssteigerung nicht gewachsen und unterliegt. Nach Fritsch dagegen sammelt sich das Blut nach der Geburt in den Bauchvenenplexus, das Herz bekommt zu wenig Zufluß und geht an Sauerstoffmangel zu Grunde.

Mortalitätszahlen bezieht man am besten auf sämtliche an der Klinik erfolgte Geburten. Für die Prognose ist nicht so sehr die Art des Herzfehlers, als vielmehr der Grad der erreichten Kompensation und der Zustand des Herzmuskels maßgebend, desgleichen ist von Wichtigkeit, ob das Herzleiden durch andere Krankheiten (Nephritis, Tuberkulose, Endocarditis recurrens) kompliziert ist. Bei Erstgebärenden sind es vorzugsweise die Mitralfehler und unter diesen die Stenosen, bei Vielgebärenden die Herzmuskelerkrankungen, die eine schlechte Prognose geben. Die Mortalität der Kinder ist erheblich größer als die der Mutter, Frühgeburt infolge Sauerstoffmangels im mütterlichen Organismus, Schädigung durch die bei Herzfehlern erfahrungsgemäß lange dauernden Geburten und durch Eingriffe zur künstlichen Entbindung.

Therapie: Bei schlecht kompensierten Herzfehlern eintretende Schwangerschaften sind möglichst bald zu unterbrechen; bei guter Kompensation zunächst Ruhe und medikamentöse Behandlung, erst falls diese versagt, künstliche Unterbrechung; ganz besonders ist aktives Vorgehen bei Komplikation durch andere Krankheiten angezeigt; während der Geburt soll vor allem die Austreibungsperiode möglichst abgekürzt werden, wobei für die Art, auf die dies geschieht, der einzelne Fall maßgebend bleiben muß. Narkosemittel werden im allgemeinen gut vertragen, doch können Einzelfälle die Lokal- oder Lumbalanästhesie ratsam erscheinen lassen.

Prophylaxe: In geeigneten Fällen ist bereits der Eintritt der Schwangerschaft zu verhüten, Heirats-, Koitusverbot; Sterilisation,